

С одной стороны, ограничения, адресованные индивидам в экстремальной ситуации, существенно ущемляют их права, как индивидуальные, так и некоторые коллективные, а санкции, реализуемые через механизмы государственного принуждения, являются излишне строгими. С другой стороны, такой элемент общего блага, как общественное здоровье, в чрезвычайной ситуации не может быть защищен в полной мере без новых и довольно жестких ограничений и запретов, которые часть общества принимает добровольно и даже в некоторых случаях ожидает от государства еще более жестких и радикальных мер.

Признавая необходимость особой нормативной регуляции в экстремальной ситуации, следует отметить важность своевременной отмены временных ограничений и запретов и недопустимость их закрепления на постоянной основе. В законодательстве должен быть четко прописан временный характер запретов, нарушающих права человека и конкретных условий их отмены (требуется четкая операционализация формулировки «до исчезновения условий, оснований, причин», которые привели к появлению новых норм).

Экстремальные условия трансформируют не только правовые, но и моральные нормы. В чрезвычайных ситуациях по иному расставляются акценты в практиках проявления заботы, предосторожности, справедливости, ответственности. Так, например, в самолете при возникновении аварийной ситуации правила предписывают, чтобы взрослый надел кислородную маску сначала себя и только потом на ребенка. Хотя, в обычной ситуации такой поступок представляется неправильным с точки зрения морали, в экстремальной ситуации он является не только обоснованным, но и является единственно верным.

Подобным образом ситуация пандемии COVID-19 изменила практики справедливого распределения благ и рисков, заботы о здоровье окружающих, ухода за больными, групповых взаимодействий. Важно понимать, что поскольку нормы экстремальной этики также носят временный и ситуативный характер, они не должны универсализироваться и восприниматься как постоянные и неизменные. По мнению З. Баумана, безопасность и этика вполне совместимы, и человечеству необходимо «восстановить утраченный баланс между ценностью безопасности и нравственной пристойностью» [2, с. 175].

Совмещение требований справедливости и свобод, индивидуальной автономии и общественных интересов особенно сложно совместить в современном обществе риска, в котором экстремальность становится элементом повседневности. Если она окончательно превратится в обыденность, потребуются серьезные нормотворческие усилия для пересмотра концепции прав человека. В таком случае важно будет установить четкий баланс прав и обязанностей, когда система ограничений и запретов будет опираться на добровольность и ответственность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агамбен Дж. Номос sacer. Чрезвычайное положение. М.: Изд-во «Европа». 2011. - 148 с.
2. Бауман З., Донскин Л. Моральная слепота. Утрата чувствительности в эпоху текучей современности. СПб. Изд-во И. Лимбаха. 2019. - 368 с.
3. Бенхабиб С. Притязания культуры. Равенство и разнообразие в глобальную эру/ Пер. с англ.; под ред. В. И. Иноземцева. М.: Логос, 2003. - 350 с.
4. Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека. Электронный ресурс. URL.: <http://www.patriarchia.ru/db/text/428616.html>.
5. Федеральный закон от 08.12.2020 N 407-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации в части регулирования дистанционной (удаленной) работы и временного перевода работника на дистанционную (удаленную) работу по инициативе работодателя в исключительных случаях». Электронный ресурс. URL.: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/66245.html/>.

## ГЕНЕТИЧЕСКАЯ И СОЦИО-БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН СЛАВЯНСКИХ И ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКИХ ЭТНОСОВ

### GENETIC AND SOCIO-BIOETHICAL ASPECTS OF BREAST CANCER PREDISPOSITION AMONG WOMEN OF SLAVIC AND CENTRAL ASIAN ETHNIC GROUPS

**С. Б. Мельнов, Т. В. Мишаткина, Е. В. Снытков**  
**T. V. Mishatkina, S. B. Melnov, E. V. Snytkov**

*Белорусский государственный университет, МГЭИ им. А.Д. Сахарова БГУ,  
г. Минск, Республика Беларусь*  
*Belarusian State University, ISEI BSU, Minsk, Republic of Belarus*

Статья подготовлена по материалам выполнения совместного белорусско-узбекского двухгодичного научного проекта «Генетические и социо-биоэтические аспекты предрасположенности к раку молочной

железы у женщин славянских и центрально-азиатских этносов». Представлены результаты исследований, проведенных с 01 октября 2020 г. по 15 марта 2021 г.

The publication was prepared based on the materials of the implementation of the joint Belarusian-Uzbek two-year scientific project “Genetic and socio-bioethical aspects of predisposition to breast cancer for women of Slavic and Central Asian ethnic groups.” The results of studies carried out from October 01, 2020 to March 15, 2021 are presented.

*Ключевые слова:* Этничность, этнос, этническая общность, этномедицина, этногенетика.

*Keywords:* Ethnicity, ethnic community, ethnomedicine, ethnogenetics.

<https://doi.org/10.46646/SAKH-2021-1-64-68>

В структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы (РМЖ) продолжает занимать во всем мире, в том числе у славянских народов (Республика Беларусь) и центрально-азиатских этносов (Республика Узбекистан) первое место и составляет 18% от всех видов злокачественных опухолей. Изучение генетической основы развития РМЖ необходимо как для построения целостной картины патогенеза заболевания, так и для оценки риска предрасположенности к РМЖ, а также в целях ранней диагностики и проведения индивидуальных профилактических мероприятий, предотвращающих развитие данного заболевания. Выявление лиц с повышенным риском данного заболевания позволит своевременно провести комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости РМЖ как в семьях с отягощенным онкологическим анамнезом, так и в общей популяции.

В соответствии с договором между БРФФИ и МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ от “01” июня 2018 г. № Б18 МС-044 на выполнение совместного белорусско-узбекского проекта **«Генетические и социо-биоэтические аспекты предрасположенности к раку молочной железы у женщин славянских и центрально-азиатских этносов»** с 01 октября 2020 г. по 15 марта 2021 г. были осуществлены четыре этапа сотрудничества.

На *1 этапе* осуществлялся *сравнительный анализ медико-статистической информации об особенностях заболеваемости РМЖ и сопутствующих ему патологических состояний у женщин Беларуси и Узбекистана*. При этом основным предметом научных исследований белорусской стороны являлся одновременный генетический анализ роли большого количества средне- и низкопенетрантных генов в развитии спорадического РМЖ, способствующий более точному предсказанию индивидуального риска развития РМЖ. Выявлено, что различные аллели одного и того же сайта могут определять особенности динамики РМЖ и реакцию на химиотерапию. Исследования узбекской стороны были направлены на изучение влияния эндо- и экзогенных факторов и основных демографических показателей на частоту возникновения РМЖ, индивидуальное прогнозирование, разработку скрининга и повышение эффективности лечения.

Обычно все случаи РМЖ подразделяют на спорадический (90-95%) и наследственный (5-10%). В генезе последнего доказана важная роль генов *BRCA1*, *BRCA2*, *CHEK2*, *ATM*, *NBS1*, *MSH(2,3,6)*, *CDH1*, *BRIP* и др., пенетрантность которых составляет 80-100%. Многообразие генетических механизмов свидетельствует об отсутствии единого ведущего механизма и необходимости комплексного подхода, позволяющего выявить «злокачественный профиль», предрасполагающий к возникновению РМЖ. Именно выявление такого «генерального» **генетического профиля** представлял собой основной предмет научного интереса белорусских исследователей заболеваемости РМЖ. При этом основное внимание было сконцентрировано на оценке роли полиморфных вариантов генов низкой- и средней пенетрантности *XRCC1*, *XRCC3*, *PALB2*, *TP53*, *ATM*, *HMMR*, *EPHX1*, *NAT1*, *GSTT1*, *GSTP1*, *ALDH2*, *ADH1B*, *DRD3*, *MTHFR*, *CYP1B1*, *CYP2D6*, *CYP1A1*, *DNMT1*, *DNMT3A*, *TET1* в генезе РМЖ. Было выявлено, что среди генов предрасположенности к РМЖ особое место занимают гены *TP53*, *XRCC1*, *TNFA*, *HMMR*, *MDM2*, *PALB2*, *GSTM1*, *GSTP1*, *GSTT1* и др. Различные аллели в пределах одного и того же полиморфного сайта, кодируя полипептиды, обладающие различной степенью выраженности репарационной, апоптотической и регуляторной активности, могут определять индивидуальную предрасположенность к РМЖ, особенность динамики заболевания и ответную реакцию на химиотерапию.

Предметом интереса белорусской стороны были также этно-региональные особенности в частоте распространения генотипов и аллелей полиморфизма генов, ассоциированных с повышенной вероятностью развития РМЖ, что позволит ответить на вопросы, связанные с различной индивидуальной предрасположенностью к онкологии в различных популяциях, в том числе белорусской и узбекской.

Проведение научных исследований в Узбекистане было направлено на совершенствование комплексных мероприятий по ранней диагностике РМЖ в республике. Исследования включали в себя изучение влияния основных демографических и медицинских показателей, а также эндогенных и экзогенных факторов на частоту возникновения РМЖ, разработку программ скрининга для формирования групп высокого риска и повышения эффективности лечения. Задачи исследования: изучить уровень заболеваемости и смертности от РМЖ, динамику состояния оказания онкологической помощи в республике; выявить характерные особенности регионального распространения РМЖ среди женщин Республики; установить влияние основных демографических и медицинских показателей на уровень заболеваемости РМЖ; выявить эндогенные и экзогенные факторы в развитии РМЖ и разработать скрининг-тест для персонального прогнозирования и создания групп повышенного риска, а также оценить уровень осведомленности женского населения о РМЖ.

Участники проекта с узбекской стороны предполагают, что распространение РМЖ среди женского населения Узбекистана имеет региональные особенности, обусловленные медико-демографическими факторами, а разработка компьютерного скрининг-теста позволит оценить персональный риск развития РМЖ и создать группы повышенного риска. Был отмечен также недостаточный уровень осведомленности женщин республики о РМЖ, что требует усиления мер по повышению их информированности.

Общей **целью 2 этапа** стало **выявление обусловленности общественного здоровья и социально-значимых заболеваний популяции ее этно-этическими особенностями**. В обеих республиках было проведено анкетирование, а путем сбора буккального эпителия с помощью индивидуальных зондов-тупферов осуществлен сбор биологического материала. Для проверки качества выделения ДНК в РБ и Узбекистане было проведено параллельное выделение образцов ДНК.

В основу анкетирования была положена адаптированная нами анкета по РМЖ, предложенная Национальным Институтом Рака США. Анкета была представлена белорусской и узбекской сторонам для внесения в нее вопросов, связанных с региональными особенностями и привычками местного населения. С обеими сторонами было проведено обсуждение и согласование методов и приемов сбора информации, особое внимание уделено конфиденциальности данных. Внесенные изменения сблизили позиции сторон-участников проекта и позволили создать удовлетворительный макет анкеты. Проведено пробное тестирование и анкетирование в Беларуси и Узбекистане. Проведенное анкетирование по оценке риска возникновения РМЖ у женщин в Узбекистане и Беларуси показало, что высокая степень дифференцировки опухоли зарегистрирована у 6,7% пациенток; средняя степень – у 80% пациенток, и низкая степень – у 13,3% пациенток. Анкетирование также выявило, что у 53,3% пациенток Беларуси отмечен низкий уровень пролиферативной активности опухоли, у 46,7% пациенток – высокий уровень, что свидетельствует о высоком метастатическом потенциале.

Основным методом сбора биологического материала был сбор буккального эпителия с помощью индивидуальных зондов-тупферов. В качестве дополнительного источника ДНК использован метод «сухой капли» при наличии остаточных от прочих анализов небольших количеств периферической крови. Для сбора образцов крови были использованы специальные ФТА-карты для сбора образцов для молекулярно-генетических исследований. Смоделированы праймеры и зонды для генотипирования биологического материала по технологии TaqMap и их последовательности. Первые 20 биологических образцов были собраны в Узбекистане в двойном количестве. Половина образцов переслана в Беларусь; проводилось параллельное выделение образцов ДНК в РБ и Узбекистане.

В Беларуси для определения молекулярно-биологических подтипов РМЖ, являющихся основным фактором, определяющим биологический потенциал и характер роста опухоли, проведен анализ данных канцер-регистра, амбулаторных карт, историй болезни и парафиновых блоков с опухолевым материалом пациентов, проживавших в РБ и получавших радикальное лечение в РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова по поводу первичного резектабельного РМЖ. В результате установлена частота встречаемости молекулярно-биологических подтипов резектабельного РМЖ среди женщин Республики Беларусь. Наиболее часто (30,6%) встречается люминальный А подтип опухоли; далее в убывающем порядке: люминальный В (Her2/neu-негативный) – 24,2%, триплет-негативный – 23,5%, Her2/neu-позитивный – 10,9%, люминальный В (Her2/neu-позитивный) – 10,8%.

**На 2 этапе** исследования был проведен **теоретический анализ проблемы**. Прежде всего, были даны определения таких понятий, как этнос, этничность, этническое самосознание, этническая определенность, этническая медицина. **Этничность** – феномен биосоциальный. Этничность включает в себя биологию, историю, культурную ориентацию, обычаи, привычки, язык, религию, образ жизни – то есть все то, что влияет на здоровье. К сожалению, принципы учета этнического фактора в системе медицинской помощи до сих пор не систематизированы.

**Этнос, этническая общность** – исторически сложившаяся группа людей, обладающих общим самосознанием и самоназванием, характеризующаяся общностью происхождения и культуры. Этнос связан с определенной территорией. В ряду компонентов этничности центральное место занимает этническое самосознание и национальный характер. При этом национальный характер – это специфическое сочетание и проявление социальных и психологических свойств, свойственных социально-этнической общности в конкретных исторических и культурных условиях.

В сфере медицины проблемами этнического занимается **этномедицина** и ее конкретные направления – медицинская антропология, этноэпидемиология, этногенетика, этнопсихиатрия, этнонаркология, этнически ориентированная фармакотерапия. Выявлены две линии этномедицины: 1) обособление этноса как популяции, предполагающее изучение этнических болезней, дифференцирование медицинской помощи, учет национальных традиций в предоставлении и потреблении медицинских услуг; 2) выявление этнической компоненты здравоохранения, направленное на медицинскую помощь мигрантам, борьбу с бедностью, демографическими аномалиями. Этномедицина сосредоточена на изучении этнической специфики заболеваний, здоровьесберегающего поведения, врачевания на фоне этнических проблем – национального самосознания, обычаев, архетипов, языка и других элементов культуры. Этничность с ее специфичными укладами, культурой и традициями может наслаиваться и на клинику болезни, и на процесс лечения. Учет роли этнической компоненты в заболеваемости предполагает: признание существования этнических болезней; предрасположенности определенных этносов к определенным заболеваниям; признание влияния этнического фактора на их распространение и протекание.

Этническая структура популяций изучается **этногенетикой** как разделом популяционной генетики с целью выяснения генетических последствий этноисторического и экологического развития народонаселения. Выявлено, что более 15 млн существующих генетических полиморфизмов могут служить генетической основой для

развития мультифакторной патологии, которая зависит от частоты генетических вариантов или аллелей (мутаций), определяющих восприимчивость к ним. Общеизвестно, что детальное понимание генетической вариативности в популяциях человека служит ключом к выявлению генетических основ распространенных заболеваний. Первоначально в качестве генетических маркеров использовали белковый полиморфизм. С развитием молекулярной генетики популяционные исследования были переориентированы на различные классы ДНК-маркеров, в первую очередь, – нерекомбинантные линии мтДНК и Y-хромосомы. Сформировалось отдельное научное направление – *этногенетика*, целью которой является выяснение генетических последствий этноисторического и экологического развития народонаселения. В последнее время в качестве средства описания генетического разнообразия в этносах и популяциях используются полногеномные наборы однонуклеотидных полиморфизмов (SNP), дополняемые иногда вариативностью по числу копий (CNV). Этнически обусловленные различия в клинике и исходе заболеваний, как правило, зависят от частоты генетических вариантов или аллелей (мутаций), определяющих восприимчивость к ним.

**Целью 3 этапа** явилось проведение *социо-культурного анализа традиций и особенностей исследуемых этносов* в отношении РМЖ в контексте социальной биоэтики и сравнительный анализ полученных анкетных данных пациентов, больных РМЖ, и здоровых лиц из группы сравнения.

В настоящее время в качестве основы профилактики заболеваний рассматривается здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это индивидуальная система разумного поведения человека на фундаменте культурно-исторических, нравственно-религиозных и национальных традиций.

При ЗОЖ приоритетными становятся духовные ценности, обретается смысл жизни; исчезает физиологическая и психическая зависимость от алкоголя, табака, наркотиков; хорошее настроение формируется «гормонами радости» – эндорфинами.

ЗОЖ человека базируется на двух отправных факторах – его генетической природе и ее соответствии конкретным условиям его жизнедеятельности. ЗОЖ есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни, направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций с учетом этнического фактора. ЗОЖ для каждого человека должен учитывать его этнические и типологические особенности (тип высшей нервной деятельности, морфофункциональный тип, преобладающий механизм вегетативной нервной регуляции и т.д.), его возрастную-половую принадлежность и социальную обстановку его жизни (семейное положение, профессию, традиции, условия труда, материального обеспечения, быта и т.д.). Таким образом, структура ЗОЖ представляет собой принципиальное единство всех сторон материально-бытового, природного, социокультурного и духовного бытия человека, реализуемого через структурный, энергетический и информационный каналы.

Одними из показателей, характеризующих отношение индивида к своему здоровью, являются самооценка здоровья, место здоровья в системе жизненных ценностей, наличие привычек у индивида, связанных с курением табачных изделий, употреблением алкоголя содержащих напитков и наркотических средств. Ценностное отношение к здоровью предполагает не только создание соответствующих социально-гигиенических условий для нормальной жизнедеятельности, но и мотивацию населения на индивидуальное формирование здорового образа жизни. Помимо общепризнанных физического, психического, социального компонентов следует учитывать сексуальный, эмоциональный, биоэнергетический, информационный, морально-волевые и ценностно-мотивационные характеристики.

Несмотря на разницу национальной и религиозной принадлежности, социо-культурный анализ традиций и особенностей исследуемых этносов показал сходство в отношении к формированию здорового образа жизни как фактора профилактики онкологических заболеваний у женщин Узбекистана и Беларуси. Анализ организации диагностирования и лечения РМЖ также не выявил существенных особенностей здравоохранения Узбекистана и Беларуси.

В формировании ЗОЖ большую роль играет *взаимодействие традиционных религий и медицины*. Несмотря на кажущееся различие и противоборство мировых религий между собой, все они направлены на формирование у человека установок на ведение здорового образа жизни и содержат схожие императивы этических и медицинских норм жизнедеятельности. 1. Аборт осуждается и признается как неблагоприятный фактор ухудшающий состояние здоровья нации. 2. Употребление ПАВ неприемлемо. 3. Личная гигиена рассматривается как барьер для распространения инфекционных заболеваний. У мусульман, например, личная гигиена сакрализирована. Считается, что применение омовения в качестве религиозного ритуала повышало распространенность основ гигиены за счет веры. 4. Любая религия расставляет приоритеты в значении пищи для жизни человека, строго определяя качественный и количественный состав продуктового рациона. Источником этих приоритетов является культурно-историческая основа конкретного этноса и особенности природных ресурсов в коренной для данной религии местности. 5. Нематериальная сущность религиозной веры предполагает также утверждение определенных психологических установок (т.н. «духовной позиции»). Определяются границы, способы и методы адаптации и реабилитации при неврозах.

На **4 этапе** исследовалась связь полиморфных вариантов генов с риском развития РМЖ. Были определены частоты распространенности генотипов и аллелей в группах пациентов с РМЖ (основная группа) и контрольной группы для трех полиморфных вариантов в трех генах: генах XRCC3, генах семейства глутатионтрансфераз и генах MTHFR и было проведено генотипирование групп пациентов из Беларуси и Узбекистана.



Показано, что продукт гена XRCC3 непосредственно взаимодействует с белком RAD51 и занимает одно из ключевых мест в процессах гомологичной рекомбинации. В ряде исследований по типу случай-контроль была доказана связь гена XRCC3 с риском развития РМЖ. В период 2007-2014 гг. было проведено три мета-анализа, посвященных роли полиморфизма p.T241M (XRCC3) как фактору риска развития РМЖ. В частности, показано, что аллель Т статистически значимо повышает риск развития РМЖ. Эти же результаты были подтверждены в еще одном независимом мета-анализе. Таким образом, была показана роль ОНП p.T241M гена XRCC3 в увеличении риска РМЖ.

В процессе генографических исследований были определены частоты распространенности генотипов и аллелей для трех полиморфных вариантов в трех генах в группах пациентов с РМЖ (основная группа) и контрольной группы, проведен статистический анализ с использованием критериев  $\chi^2$  и отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). На основании проведенного генотипирования были получены следующие выводы, необходимые врачам-клиницистам и исследователям:

- установлено, что отобранные нами полиморфные варианты генов системы репарации (XRCC3), фолатного цикла (MTHFR) и глутатион-S-трансферазы (GSTP1) ассоциированы с одинаковой повышенной вероятностью развития спорадического РМЖ в белорусской и узбекской популяциях; при этом не выявлено специфического влияния на его развитие образа жизни популяций и социокультурных, в том числе, биотических факторов,

- В белорусской популяции генотипами, ассоциированными с повышенной вероятностью развития РМЖ, являются генотип C/T полиморфного локуса rs861539 гена XRCC3 ( $p=0.038$ ), генотип G/G полиморфного локуса rs1695 гена GSTP1 ( $p=0.046$ ), а также генотип A/C полиморфного локуса rs1801131 гена MTHFR ( $p=0.041$ ).

- В узбекской популяции генотипами, ассоциированными с повышенной вероятностью развития РМЖ, являются генотип C/T полиморфного локуса rs861539 гена XRCC3 ( $p=0.038$ ), генотип G/G полиморфного локуса rs1695 гена GSTP1 ( $p=0.03$ ), а также генотип A/C полиморфного локуса rs1801131 гена MTHFR ( $p=0.039$ ).

Полученные результаты позволяют оценить и выявить риск развития РМЖ, распределить женщин по группам повышенного и низкого риска, что может способствовать улучшению ранней диагностики и проведению своевременного лечения больных.

## ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ЭТИКА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ EXTREME ETHICS IN EXTREME SITUATIONS

**Т. В. Мишаткина**

**T. V. Mishatkina**

*Белорусский государственный университет, МГЭИ им. А.Д. Сахарова БГУ,  
г. Минск, Республика Беларусь  
Belarusian State University, ISEI BSU, Minsk, Republic of Belarus*

Рассматривается вопрос о необходимости смены этической парадигмы в экстремальных условиях существования человечества: глобального изменения климата и пандемии коронавируса. Ставится вопрос о пересмотре статуса категории «небытие»; о необходимости перехода от деятельностно-агрессивного подхода в отношении к природе к адаптивному подходу; об отношении к экологическим и др. катастрофам (в том числе эпидемиям и пандемиям) как объективным формам саморегуляции баланса народонаселения и природных ресурсов.

The problems of the ethical paradigm changing in the extreme conditions of human existence (global climate change and the coronavirus pandemic) are considered. The question of the revision for the category “nonexistence” status is raised; the necessity to move from an activity-aggressive approach in relation to nature to adaptive approach including the attitude to environmental and other disasters (including epidemics and pandemics) as objective forms of self-regulation resulted via the balance of population and natural resources are under discussion.

*Ключевые слова:* этическая парадигма, экстремальная этика, небытие, адаптивный подход.

*Key words:* ethical paradigm, extreme ethics, nothingness, adaptive approach.

<https://doi.org/10.46646/SAKH-2021-1-68-71>

Более 100 лет назад, в начале XX века умами российской интеллигенции завладела знаменитая молитва святого Иоанна Кронштадтского: «Господи! Дай мне силы, чтобы изменить то, что возможно, дай мне мужество вынести то, что изменить невозможно, и дай мне мудрость, чтобы отличить одно от другого». Эта молитва – как наказ людям принимать мудрые решения в условиях неопределенности, опасностей и рисков. Современная кли-